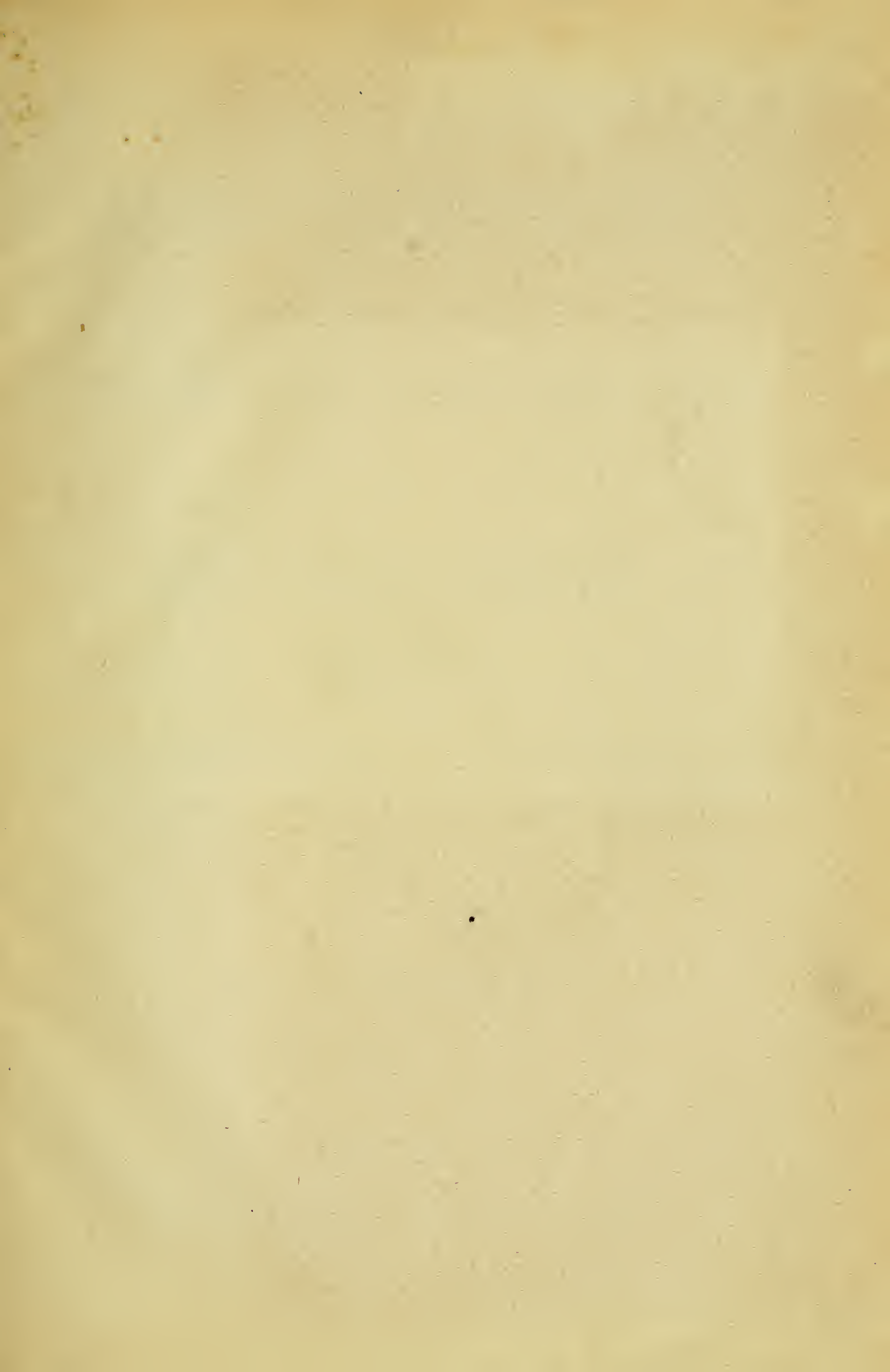




KLINISCHE BEITRÄGE

zur

MANUELLEN BEHANDLUNG

der

FRAUENKRANKHEITEN

mitgetheilt von

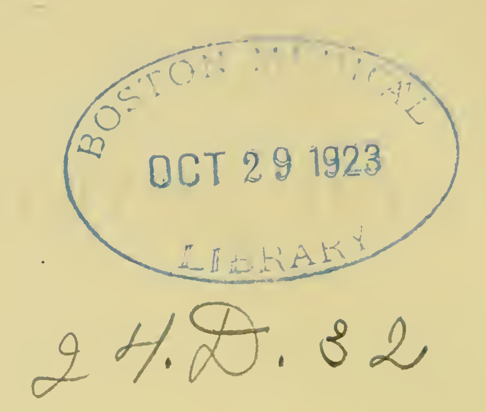
Dr. Egon v. Braun-Fernwald
Erster Assistent an der I. gynaecologischen Klinik in Wien.

Dr. F. Kreissl
ehem. Mitglied d. geburtsh.-gynaecol. Operationsinstitutes, d. z. Brunnenarzt in Franzensbad.

Mit sieben Holzschnitten.

WIEN, 1889.

M. Breitenstein's Verlagsbuchhandlung.



Druck von W. Stein in Wien.

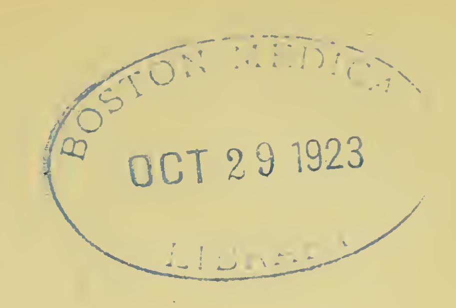
KLINISCHE BEITRÄGE

zur

MANUELLEN BEHANDLUNG

der

FRAUENKRANKHEITEN.



In der letzten Zeit haben sich die schriftlichen und mündlichen Publicationen über das Ture Brandt'sche Verfahren in so grosser Menge gehäuft, dass es uns überflüssig erscheint, die Literatur in dieser Richtung noch zu beschweren. Ob überdies für die Verbreitung der Methode mit der Beschreibung ihrer Technik, oder der Veröffentlichung einer Casuistik, deren Beobachtungsdauer sich in den meisten Fällen auf wenige Wochen beschränkt, viel geleistet wird, ist sehr zweifelhaft. Um zu verhindern, dass ein neues Heilverfahren, insbesondere wenn ein Laie der Autor ist, von den Aerzten zurückgewiesen werde oder andererseits in einen Sport ausarte, um dasselbe in der Praxis einzubürgern, ist es geboten, auf Grundlage beider, der Technik und der praktischen Erfahrung, die Methode auf ihren reellen Werth zu prüfen, und auf dieser Basis die Indicationen für ihre Anwendung aufzustellen. Wenn wir also beides hier in Kurzem vorausschicken, so geschieht dies nur in dem Maasse, als es zum Verständniss unserer weiteren Ausführungen nöthig ist und stellen wir vier Fälle von Prolapsus uteri unter Schilderung der hiebei angewendeten Methode gegenüber.

Fall I.

Frau A. L., Inspectorsgattin, 42 Jahre alt, war als Mädchen immer gesund, heiratete vor 16 Jahren und hat vor drei Jahren geboren. Der Geburtsact erstreckte sich auf mehr als 40 Stunden, vom Eintritte der Wehen bis zum Austritte der Frucht. Seither fühlte sie öfters ein „Drängen nach Unten“ im Becken, schenkte demselben jedoch keine weitere Beachtung, bis vor sechs

Wochen beim Heben eines schweren Gegenstandes plötzlich die Scheidenwand vor der Vulva zum Vorschein kam. Die darauf folgende Menstruation verlief sehr profus und dauerte, statt wie bisher vier Tage, eine Woche.

Befund: Die Musculatur der Patientin ist sehr kräftig ausgebildet, Paniculus mässig. Sowohl in aufrechter Stellung, wie auch bei Anstrengung der Bauchpresse in Rückenlage fällt die vordere und hintere Scheidenwand apfelgross vor die Vulva. Die Vaginalportion steht tief, das Orificium externum uteri 2 cm. vom Scheideneingang, der Uterus ist retroflectirt, nicht vergrössert. Die Scheidenschleimhaut ist nicht wesentlich verändert, doch besteht ziemlich bedeutender Ausfluss.

Diagnose: Prolapsus vaginae. — Prolapsus Uteri incompl. Fluor.

Am 15. Jänner 1889 wird mit der Uteruslüftung begonnen; während derselben fühlt der in der Scheide liegende Finger kräftige Contractionen, die sich in das Rectum fortpflänzen und auch noch an den Adductoren und der Glutealmusculatur für das Auge wahrnehmbar sind. Patientin gibt auf Befragen an, dass sie selbst an den bezeichneten Stellen Zuckungen fühle. Nach der Lüftung steht das Orificium externum 7 cm. über dem Scheideneingange.

16. Jänner. Der Prolaps ist erst heute Früh wallnussgross vorgetreten. Patientin erzählt, dass sie gestern noch eine Stunde lang die früher erwähnten Zuckungen gefühlt habe. Lüftung.

17. Jänner. Der Prolaps ist nicht mehr zum Vorschein gekommen, obwohl die Patientin den eine Stunde betragenden Weg von und zur Ordination zu Fuss zurückgelegt hat. Auch bei Anstrengung der Bauchpresse tritt in Rückenlage, bei vollständig abducirten Beinen nichts aus der Vulva vor.

Die Lüftungen wurden vom 18. bis 28. Jänner fortgesetzt, an welchem Tage die Menses eintraten.

Am 2. Februar stellt sich die Patientin wieder vor und gibt an, dass die Blutung diesmal nur vier Tage gedauert habe und quantitativ so normal verlaufen sei, wie vor dem Auftreten des Prolapses.

Vom 2. bis 13. Februar wurden die Lüftungen nur an jedem zweiten Tage vorgenommen. Von da an kommt die Patientin nur wöchentlich einmal zur Behandlung. Bei der am 2. April erfolgten Untersuchung wird die Vaginalportion in der Höhe der Spinallinie der Uterus normal auteflectirt gefunden; der Fluor ist vollständig verschwunden. Der Vorfall hat sich gar nicht mehr gezeigt, obwohl die Frau sämmtliche häuslichen Arbeiten, auch schwere, verrichtet.

Fall II.

Theresia Cz., 27 Jahre alt, schwächliche anämische Frau, überstand in ihrer Kindheit Scharlach Masern und Keuchhusten, die Menses traten im 17. Lebensjahre ein. Patientin verheiratete sich vor vier Jahren und hat vor einem Jahre geboren. Fünf Monate später entstand Vorfall der Scheide, plötzlich, ohne vorausgegangene Anzeichen, bei heftigem Husten. Seither bestehen Kreuzschmerzen, Gefühl von Wundsein im ganzen Unterleibe, Ausfluss.

Befund: Scheideneingang klafft, entsprechend der hinteren Commissur besteht eine vernarbte Perinealruptur, welche zwei Drittel des Dammes einnimmt und hoch in die Scheide hinaufzieht. Aus der Vulva prolabirt mannsfaustgross die vordere Scheidewand; 2 cm. weit von der Vulva steht der äussere Muttermund, der Uteruskörper ist retrovertirt, seine Höhle vom Orificium exteruum bis zum Fundus gemessen 9 cm. lang.

Diagnose: Prolapsus vaginae et Uteri, ruptura perinaei, Fluor.

Die vom 10. Februar 1889 durch zwei Wochen täglich ausgeführten Lüftungen blieben ohne Resultat; während derselben

wurden keine Contractionen wahrgenommen. Der Uterus lag nach der Lüftung stets normal anteflectirt, nach 1—2 Stunden aber stellte sich der Scheidenvorfall immer wieder ein und mit ihm der Descensus der Vaginalportion. Da nach unserer Ansicht über die Wirkung der Lüftung nach Ture Brandt hier jedes Substrat für ihre Anwendung mangelte, so empfahlen wir der Patientin die Perineoraphie.

Fall III

zeigt sehr viel Aehnlichkeit mit dem vorher angeführten.

Anna K., 29 Jahre alt, kräftig gebaut, gut genährt, überstand vor fünf Jahren eine langandauernde schwere Geburt. Drei Monate nachher entstand der Vorfall der Scheide; Beschwerden sind: Schmerzen in der Unterbauchgegend, Kreuzschmerzen. Die Menses sind unregelmässig, profus, dauern sechs bis acht Tage und kehren nach zwanzig Tagen wieder.

Befund: Auch hier ist ein alter, tiefreichender, vernarbter Dammriss vorhanden, wodurch der Scheideneingang beträchtlich klafft. Der Uterus ist descendirt, der äussere Muttermund 4 cm. hinter dem Introitus vaginae, aus welchem der wallnussgrosse Scheidenprolaps — beider Wände — beim Pressen vortritt um beim Nachlass des Druckes nur zum Theil zurückzugehen. Der Uterus ist in seiner Wand verdickt, retrovertirt, seine Höhle 9 cm. lang.

Diagnose: Prolapsus vaginae et Uteri incompl. ruptura perinaei.

Die durch drei Wochen vorgenommenen Lüftungen verliefen ohne Erfolg und wurde der Patientin die Radicaloperation vorgeschlagen.

Fall IV.

Frau v. R., 28 Jahre alt, kräftig, mit stark entwickeltem Paniculus, seit sieben Jahren verheiratet, hat vor sechs und

vor fünf Jahren geboren, vor zwei Jahren abortirt. Schon vorher fühlte sie bei anhaltendem Stehen oder Gehen Kreuzschmerzen, „Ziehen und Drängen nach Unten“ und stechenden Schmerz in der rechten Unterbauchgegend. Diese Beschwerden steigerten sich nach dem im dritten Lunarmonate erfolgten Abortus, bei welchem Placentareste operativ entfernt werden mussten, in bedeutendem Grade und gesellte sich dazu noch reichlicher, dicklicher, grünlich gelber Ausfluss und profuse Menses, welche stets 10 Tage anhielten.

Befund: Scheideneingang normal, Scheide sehr weit und schlaff, die Vaginalportion steht 4 cm. vom Introitus vaginae entfernt, ist beiderseits lacerirt und zeigt im Speculum livide Verfärbung und umfangreiche Errosionen. Der Uteruskörper ist geschwellt und druckempfindlich, seine Höhle misst 9 cm. in der Länge.

Im rechten Parametrium, knapp am Uterus liegt ein Exudatstreifen von 3 cm. Länge und etwa $^1/_2$ cm. Dicke.

Diagnose: Metritis chronica, Descensus Uteri, Exsudatum parametrane dextr.

Bevor an die Lüftung des Uterus gegangen werden konnte, musste an die Wegschaffung der Metritis und der Exsudation gedacht werden, um nicht auf traumatischem Wege eine recente acute Entzündung hervorzurufen.

Nach dreiwöchentlicher täglich fortgesetzter Massage waren diese Zustände behoben, das Exsudat geschwunden, der Fluor beseitigt und nun wurde mit den Lüftungen begonnen.

Dieselben hatten fast augenblicklichen Erfolg; die früher erwähnten Contractionen stellten sich momentan ein, nach der Lüftung stand die Portio 8 cm. hoch, am künftigen Tage vor derselben 7 cm. Erschwert schien die Procedur in diesem Falle durch die abnorm dicken Bauchdecken, was aber thatsächlich nicht hinderte, da sich dieselben trotzdem verhältnissmässig leicht einwärts stülpen liessen, weil die Bauchmuskulatur keinen

Widerstand leistete. Nach der zweiten Lüftung konnte die Patientin einen Spaziergang von über zwei Stunden Dauer machen, ohne irgend welche Beschwerden zu fühlen. Die Menses, welche nach der 14. Lüftung zur richtigen Zeit eintraten, waren normal und in fünf Tagen zu Ende. Patientin befindet sich heute, nachdem ein Zeitraum von 10 Monaten verflossen ist, vollkommen wohl, der Uterus steht normal hoch, die Scheide ist enge und gefaltet.

Im Ganzen haben wir 14 Fälle von Prolaps und Descensus behandelt und vier davon geheilt. Die Letzteren betrafen kräftige, gut genährte Frauen, bei welchen der Vorfall erst kurze Zeit bestand und der Damm erhalten war. In den ungeheilten Fällen waren die Frauen theils körperlich sehr herabgekommen, der Vorfall älteren Datums und fast bei allen ein Dammriss vorhanden.

Die Behandlung sämmtlicher Fälle war folgende:

Die Patientin erhält, nachdem sie kurz vorher die Blase entleert hat, eine Minute lang dauernde, leichte Kreuzbeinklopfungen (Tapotement) in „neigfallender Stellung“ auf das Sacrum und die Glutaealgegend; das heisst die Patientin stützt sich während dieser Procedur, welche mit geballter Faust ausgeführt wird, mit gestreckten Armen auf einen Stuhl, die Beine steif und mehr nach rückwärts gerichtet, so dass das Körpergewicht auf den oberen Extremitäten ruht. (Manche Frauen geben an, während des Tapotements „Zusammenziehen im Unterleibe“ zu fühlen. Gewiss ist, dass derselbe anregend auf die Nerven des Plexus lumbalis und sacralis wirkt.)

Hierauf begibt sich die Patientin auf ein niederes kurzes Sopha, mit ziemlich steil ansteigender Rückenlehne, das Kinn wird gegen die Brust gesenkt, was zur Entspannung der Bauchmuskeln beiträgt, die unteren Extremitäten sind im Hüft- und Kniegelenke abgebogen und abducirt, die Füsse geschlossen (die Steinschnittlage).

An ihrer linken Seite sitzt der Assistent, führt den linken Arm unter ihren linken Oberschenkel durch, reponirt den Vorfall und fixirt den Uterus in normal anteflectirter Stellung, wobei sein Zeigefinger an der vorderen Wand der Portio vaginalis liegen muss.

An der rechten Seite steht der Arzt, welcher die Lüftung ausführt; Brandt schickt derselben die sogenannten „Hebebewegungen voraus", eine Art Massage des grossen Beckens an seiner inneren seitlichen Begrenzung; sie besteht darin, dass beide Hände mit gestreckten und geschlossenen Fingern flach auf das Abdomen in der Höhe der spina anterior inferior aufgelegt werden, und nun einigemale dasselbe an der Innenseite des os ilei nach aufwärts schieben. Diese Bewegung dürfte kaum mehr als ein Hinaufschieben der Därme bezwecken.

Die Lüftung wird nun in folgender Weise vorgenommen:

Der dieselbe ausführende Arzt stützt sich mit dem rechten Knie auf das Sopha, beugt sich leicht über die Patientin, kehrt die Volarflächen der Hände einander zu und trachtet, mit den gestreckten Fingern hinter der Symphyse eindringend, die Seitenkanten des Uterus zu fassen; ist dies geschehen, so wird der Uterus in der verlängert gedachten Richtungslinie der Beckenaxe langsam nach vorne und oben gezogen, und zwar um ebensoviel über die Spinallinie, als die Portio unter dieselbe gesunken war, oder eventuell so hoch, als es von der Patientin ohne Schmerzempfindung vertragen wird. Sodann lässt man ihn allmälig aus den Fingern gleiten. Der Assistent, welcher seinen Finger indessen ruhig an der vorher bezeichneten Stelle zu halten hat, fängt ihn mit demselben wieder auf und hat darauf zu achten, dass er normal anteflectirt liege. Auch muss er dem die Lüftung Ausführenden angeben, ob der Uterus während derselben sich von seinem Finger entfernt oder nicht; in dem letzteren Falle ist der Uterus schlecht oder gar nicht gefasst und die Lüftbewegung nutzlos. (In den Fällen, wo der Uterus

durch die Bauchdecken, aus welchen Gründen immer, schwer durchzufühlen und zu fassen ist, ist es vortheilhaft, sich denselben von der Assistenz aus dem Becken emporheben und entgegendrücken zu lassen). Die Lüftungen erfolgen dreimal nacheinander in kurzen Zwischenpausen; nach denselben wird eine Gymnastik des Levator ani und der Adductoren, die sogenannte „Knieschliessung" ausgeführt. Die Patientin hebt das Gesäss, indem sie sich mit den Armen auf die Unterlage stützt, schliesst die Kniee, der Arzt fasst an deren Innenseite an und entfernt sie unter mässigem Wiederstande der Frau von einander, welche dieselben hernach unter Widerstand des Arztes zu schliessen trachtet. Diese „Widerstandsbewegungen" werden dreimal nacheinander ausgeführt, worauf die Patientin ohne Anspannung der Bauchdecken, mit fremder Unterstützung sich erhebt, umdreht und durch eine halbe Stunde Bauchlage einhält. Früh und Abends muss sie fünfzehn bis zwanzigmal die Oberschenkel fest aneinanderpressen und im Rectum dieselben Bewegungen ausführen, wie beim Zurückhalten des Stuhles.

Die Scheide wird täglich zweimal mit kühlem Wasser ausgespült und mehrmals in der Woche ein laues Sitzbad von 15 Minuten Dauer genommen.

Es drängt sich nunmehr die Frage auf, warum bei derselben Therapie das Resultat so ungleich ausgefallen, warum die Zahl der geheilten Fälle eine so geringe geblieben ist.

In den bisher erschienenen Publicationen sogenannter und wirklicher Schüler Brandt's wird angenommen, dass die Erschlaffung der Ligamente und die Retroflexion das Primäre und der Prolaps der Scheide und des Uterus das secundäre Moment darstellen und dementsprechend der Schwerpunkt der Behandlung in die Kräftigung der Ligamente verlegt, während von dem Einflusse des Beckenbodens und der Scheide auf die Lage des Uterus wenig oder gar nicht die Rede ist.

Dieser Annahme widersprechen aber die anatomischen Verhältnisse und die klinische Erfahrung.

Nach den trefflichen Ausführungen C. Schröder's, mit welchen die Ansicht C. v. Braun's vollkommen übereinstimmt, ist in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle von Uterusprolaps und Descensus der Scheidenvorfall das Primäre und hat erst secundär die Elongation und den Vorfall des Uterus zur Folge. Die Veranlassung zum Scheidenvorfall wird durch die Erschlaffung ihrer Wand und der Nachbarorgane und durch die Lockerung des zwischen ihnen liegenden Bindegewebes gegeben; diese Zustände lassen sich fast ausnahmslos in eine vorausgegangene Gravidität zurückverfolgen, während welcher die Scheide beträchtlich in die Länge und Weite wächst. Nach dem Puerperium ist ihre Involution eine unvollständige und ihre Verbindung mit den Nachbarorganen keine so feste mehr, da durch Resorption des Fettes, wozu es in der Schwangerschaft immer kommt das zwischenliegende Bindegewebe lockerer und verschiebbarer wird. Unter diesen Verhältnissen tritt gewöhnlich der unterste Theil der Scheidenwand vor die Vulva, anfangs zwar nur zeitweilig, später stationär. Diese prolabirende und hypertrophische Partie zerrt, unterstützt durch den abdominalen Druck, continuirlich an der oberen und an der Portio und das frühere oder spätere Eintreten des vollständigen Vorfalles hängt dann nur mehr von der Weite des Scheideneinganges, von der Richtung der Scheide und dem Winkel ab, den diese mit dem Uterus bildet.

Unter normalen Verhältnissen verläuft die Scheide in annähernd horizontaler wenig nach hinten aufsteigender Richtung und die Axe des Uterus ist in einem nach rückwärts offenen, über 90 Grad betragenden Winkel auf sie gerichtet. Dem entsprechend ist eine beträchtliche Zerrungs-Intensität nöthig, um dieses Verhältniss zu alteriren. Aendert sich aber der Winkel theils durch Steilstellung der Vagina — beispielsweise in Folge dauernder Ueberfüllung der Blase und des Rectums — theils durch Retroversion

oder Flexion des Uterus, so genügt ein relativ viel geringerer Zug, um ihn in die Richtungslinie der Scheide und damit auch zur Senkung zu bringen.

Von wesentlichem Einfluss hierauf ist die Beschaffenheit des Levator ani und der Scheidenmusculatur. Allen anderen angeführten Factoren kommt dabei nur eine untergeordnete Bedeutung zu, sie können trotz des Prolapses fehlen, und fehlen thatsächlich häufig, oder müssen, falls sie vorhanden sind, als zufällige eventuell fördernde Momente angesehen werden.

Der Vollständigkeit wegen sei hier erwähnt, dass Scheiden- und Gebärmuttervorfälle nicht allzuselten nach Allgemeinerkrankungen auftreten, welche den ganzen Organismus schwächen, zur Resorption des Fettes und zur Atrophie der musculösen Elemente führen.

Wir übergehen nunmehr zur Darstellung der anatomischen Verhältnisse, wobei wir uns auf die uns von Herrn Dr. C. A. Herzfeld, emer. Assistent an der Lehrkanzel für Anatomie. derzeit Assistent an der ersten gynaecol. Klinik, freundlichst zur Disposition gestellten Ausführungen beziehen.

Der durch das Schambein, das Sitzbein und das Steissbein wie durch die Ligamenta tuberoso- und spinoso sacra begrenzte Beckenausgang erscheint nach abwärts durch musculöse und bindegewebige Lamellen abgeschlossen, die demgemäss als „Diaphragma des Beckens“ erscheinen. Indem jedoch diese Gebilde durch die Ausmündungsstücke des Verdauungstractes wie des Urogenitalapparates durchbohrt werden, treten sie zu diesen Organen in nähere anatomische und physiologische Beziehung.

Dieses Diaphragma besteht aus zwei Antheilen, dem Musc. levator ani und Musc. transversus perinaei profundus. Der Levator ani setzt sich rechts und links an einem Sehnenbogen an der Innenfläche des Foramen obturatorium an und ziehen seine Fasern an diesem Bogen vom Canalis obturatorius angefangen bis zum Ligamentum spinososacrum, wo sich die Fasern

des Musc. rectococcygeus an ihn anschliessen. Indem nun insgesammt seine Fasern nach unten, innen und hinten convergiren, während der Rectococcygeus seine Fasern nach vorne sendet, bildet er einen Trichter, der nach vorne offen ist, entsprechend dem Angulus subpubicus.

Dieser Defect wird ausgefüllt durch den Musc. transversus perinaei profundus der als quergespannter Muskel vom Ligamentum arcuatum angefangen bis zu den vordersten Fasern des Levator ani reichend als Supplement desselben erscheint, den Beckenboden bilden hilft und den Namen eines Diaphragma pelvis accessorium führt. Indem er von der Urethra des Mannes, resp. Urethra und Vagina des Weibes durchbrochen wird, bildet er zugleich das Diaphragma urogenitale. In den unteren Abschnitt des Levatortrichters ist das Rectum eingelagert, in dessen Wände sich die Muskelfasern ansetzen, um am unteren Rande des Mastdarmes eine Zwinge darzustellen, den Musculus sphincter ani externus, der nach rückwärts mit dem Rectococcygeus, nach vorne mit dem Bulbocavernosus des Mannes im Zusammenhange steht. Der männliche Bulbocavernosus entspricht beim Weibe dem sphincterartig verlaufenden Constrictor cunni, mit dessen Fasern der Sphincter ani externus in achterförmigen Touren die Ausgangsöffnungen des Darm- und Genitaltractes beherrscht.

Die nach hinten unten absteigenden Levatorfasern kreuzen die seitlichen Wandungen der Blase und der Scheide, ehe sie den Mastdarm erreichen, und indem sie mit den im Septum rectovaginale eingebetteten Muskelfasern in Zusammenhang stehen, haben sie auch einen gewissen Einfluss auf die Contractilität der Scheide, wie das speciell die Wirkung des Levator ani auf den die Scheide passirenden kindlichen Schädel beweist. Der Levator ani mit seinen Längsfasern wirkt quasi als Dilatator recti, er zieht das Rectum über die im untersten Abschnitte befindliche Kothsäule, mit seinen queren (Sphincter-) Fasern wirkt er als Constrictor. Auf die Scheide wirkt er einestheils von rechts nach links, andererseits in der Richtung von

hinten nach vorne und hat durch seine Beziehung zum Septum bedeutenden Einfluss auf die Lage der Vaginalwände. Er ist zugleich ein Compressor vesicae. (Bekannt ist seine Wirkung beim Stuhlgange auf die Blase, indem gleichzeitig mit dem Contrahiren des Sphincter ani und der Hebung des Afterabschnittes des Mastdarmes aus der Blase Urin ausgepresst wird.) Beweisend für die Annahme bezüglich der physiologischen Wirkung des Levator ani sind auch die Erscheinungen der Blasen- und Mastdarmlähmung, die sich mitunter nach der Kraske'schen Kreuzbeinresection einstellen und nach zwei bis drei Wochen wieder behoben sind. Das ist wohl so zu erklären, dass durch Abtrennung des Lig. spinoso-sacrum ein Theil der Levatorenfasern ihren festen Halt verlieren, den sie allerdings nach Wiederbefestigung des Ligaments wieder erhalten.

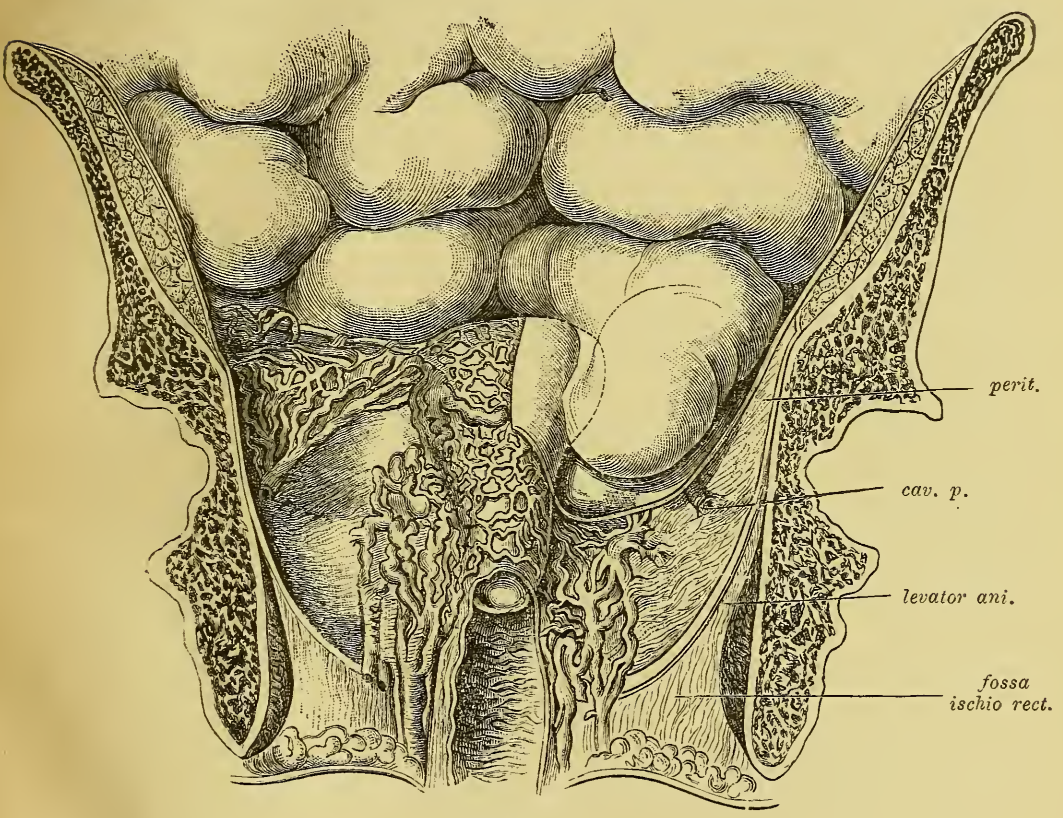
Zwischen der unteren Wand des Levator ani und der seitlichen Beckenwand entstehen dreieckige Nischen — Fossa ischio rectalis — ausgefüllt von derbem Fett, welches den Verlauf der Gefässe und Nerven (Haemorrhoidales, Perineales, Bulbinae, Dorsales et Profundae penis seu clitoridis etc.) schützt: Indem eine derbe Fascie (die Fascia perinaei propria) das untere Indument des Levator ani bildet, hat sie an der Résistenz des Beckenbodens gewissen Antheil.

Die nebenstehende Abbildung zeigt das Verhältniss zwischen Levator ani und Scheide einerseits und zwischen diesen beiden und dem Uterus andererseits. Die Portio vaginalis steht annähernd in der Höhe der Spinallinie, der Ansatzstelle des Levator ani.

Die Abbildung ist eine Ansicht der Beckenhöhle von rückwärts, der Schnitt hat das acetabulum getroffen.

Die Wirkung der manuellen Behandlung ist nach den vorhergeschickten Bemerkungen einzig und allein damit zu erklären, dass durch das Emporziehen des Uterus und der Scheide mit diesen Gebilden und den Nachbarorganen systematische

passive Bewegungen ausgeführt werden, analog denjenigen, welche man auch äusserlich bei atrophischen Muskeln der Extremitäten und des Stammes vornimmt, um die Blut- und Lymphstauung in den betreffenden Organen zu beheben, die Circulations- und Ernährungsverhältnisse zu bessern und ihre Leistungsfähigkeit zu wecken und zu steigern. Denselben Zweck verfolgt man damit, dass die Patientin angewiesen wird, wieder-



Figur 1.

holt im Rectum ähnliche Contractionen zu vollführen, wie beim Zurückhalten des Stuhles, also **activ** mit dem Beckenboden zu arbeiten. Die sogenannte „Knietheilung" unter Widerstand der Patientin und die darauf folgende „Knieschliessung" unter Widerstand des Gymnasten, nehmen hauptsächlich die Adductoren und den Levator ani in Anspruch, beide sind **Widerstandsbewegungen.**

Alle diese erwähnten Manipulationen sind sowohl einzeln für sich, als auch in ihrem Zusammenwirken mechanisch wirkende Therapeutika, die in der Hauptsache aetiologisch und symptomatisch, den richtigen Weg für die Beseitigung des Prolapses verfolgen, und können unter dem Namen **„Gymnastik des Beckenbodens und der Scheide“** zusammengefasst werden. Dass nicht die Ligamente der Angriffspunkt dieser Gymnastik sind, dass durch Dehnung derselben die Wiederherstellung normaler Verhältnisse nicht erreicht wird, ist leicht begreiflich. Durch das Emporziehen des Uterus in der Richtung der Beckenaxe werden allerdings die Ligamente, insbesondere die Ligamenta sacro uterina — falls in ihnen hinreichend musculöse Elemente vorhanden sind — zur Contraction angeregt und der Uterus in Anteflexion gebracht; in dieser Stellung wird er ausschliesslich durch die sacro uterinen Bänder erhalten, welche den Cervix nach hinten und oben ziehen und dadurch das schwerere corpus zur Neigung nach vorne veranlassen.

Die ligamenta rotunda haben gar keinen Einfluss auf die normale Anteflexion, denn diese ist eine physiologische Thatsache, ein Wachsthumsverhältniss, welches nur durch Erkrankung der Uterussubstanz dauernd geändert werden kann. Die ligamenta rotunda sind überdiess in viva gar nicht gespannt, sondern geschlängelt, wenn die Blase entleert ist und werden nur passiv gedehnt, wenn sich die Blase füllt.

Selbst eine Erschlaffung der sacro uterinen Bänder veranlasst nicht Retroflexion, sondern Retroversion des Uterus, erst dann, wenn durch mangelhafte Ernährung des Uterus infolge der, mit der Stellungsveränderung derselben, zusammenfallenden Torsion der Gefässe seine Substanz selbst erkrankt und eventuell Adhaesionen im Douglas dazutreten, wird aus der Version eine Flexion.

Es scheint demnach, dass die Ligamente allerdings auf die Lage des Uterus — jedoch nur in der horizontalen Ebene — einen wesentlichen Einfluss besitzen.

Würde sich ihre Wirkung auch in der verticalen Richtung so besonders geltend machen, so müssten ungleich mehr Prolapse zur Beobachtung kommen als Retroversionen — und Flexionen (ohne Fixation). Aber gerade diese sind in der überwiegenden Mehrzahl zu constatiren.

Auch können wir von unserer Ansicht nicht abgehen, obzwar erklärt wird, dass Brandt über 40 Vorfälle geheilt habe, ehe er noch auf den Gedanken gekommen war, Knieschliessungen und Contractionen mit dem Sphincter ani ausführen zu lassen und dass mit den Lüftungen allein die Ligamente gekräftigt worden seien, nachdem dabei nicht erwähnt ist, wie in diesen Fällen der Beckenboden, speciell der Damm, beschaffen war. Und dann könnte man wohl fragen, warum Brandt seither doch immer diese Bewegungen machen lässt, wenn er dieselben als nebensächlich betrachtet. Es scheint, als wären ihm doch Fälle von Prolaps vorgekommen, bei welchen die passiven Bewegungen — Lüftungen — allein nicht ausgereicht haben, um die in grösserem Masse geschwächte Musculatur zu kräftigen.

Ueberdies, spricht ein von Profanter mitgetheilter Fall (XVI publicirt 1888. Braumüller) gerade für die Richtigkeit unserer Ansicht. Er beschreibt daselbst ausführlich einen geheilten Fall von Prol. uteri totalis, welcher ein Jahr später von Dr. Skutsch in Jena untersucht wurde; bei dieser Untersuchung zeigte es sich, dass der Prolaps nicht mehr zum Vorschein gekommen war und die Vaginalportion in der Höhe der Spinallinie stand, trotzdem das corpus uteri retroflectirt liegend im Douglas gefunden wurde und leicht aufgerichtet werden konnte.

Ebensowenig können wir uns mit der Ansicht Sielki's befreunden, der den Prolapsus uteri einer Luxation gleichstellt, und in der Einrichtung desselben und der Adaptirung der aneinanderpassenden Flächen die Erklärung für die Heilung findet. S. übersieht dabei, dass bei einer Luxation eine präformirte, zum Theil starre Gelenkshöhle vorhanden ist, in welche die Contouren des Gelenkskopfes vollkommen hineinpassen; dass das

2*

wechselseitige Verhältniss zwischen Gelenks-Kopf und -Pfanne ein unveränderliches ist, welches nur eine Verschiebung ihrer Flächen an einander für normale Verhältnisse voraussetzt, nicht aber von einander und dass die Grösse der Bestandteile im Gelenke ebenso wenig, wie dessen Inhalt variabel ist. Das ist aber doch vom Becken und seinem Inhalte gewiss nicht zu behaupten; man braucht da nur an den Douglas zu denken, dessen Falten unter Umständen vollkommen verschwinden, und an die Volums- und Ortsveränderung, welche die Eingeweide ausführen und so den Rauminhalt des Beckens fortwährend umgestalten.

Wenn man diese Ausführungen über die Ligamente und die Aetiologie des Prolapses in Erwägung zieht und sich vor Augen hält, dass eine grosse Anzahl von Vorfällen mit ungeheilten Dammrissen combinirt auftritt, dass durch Schwächung oder vollständige Aufhebung der Function des Levator ani, Scheide und Uterus ihre Stütze verlieren, so kommt man zu dem Schlusse, dass nur in der dauernden Schaffung eines resistenzfähigen Beckenbodens und einer normalen Scheidenwand die definitive Heilung dieser Zustände angestrebt und erzielt werden kann. Damit ist aber auch die Grenze für die manuelle Behandlung gezogen und die Erklärung für die vielen unbefriedigenden Resultate gegeben, die fast immer auf ungeeigneter Auswahl der Fälle beruht.

Die Art und Weise, wie die Brandt'sche Methode angepriesen wurde, ist dieselbe, wie bei jedem neuen Heilmittel, „ein Mittel gegen alle Erkrankungsformen“; es hatte den Anschein, als sollten von nun an die Gynäcologen ihr ganzes Armamentarium beiseite legen, und Uterusgymnasten werden; es blieb keine Krankheit des weiblichen Beckens unerwähnt, bei welcher die manuelle Therapie nicht glänzende Erfolge aufzuweisen haben könnte; ja, selbst Cysten und andere Tumoren verkleinerten sich durch sie. Wir glauben nicht, dass

ein Gynäcologe sich entschliessen wird, in diesen Fällen von der Massage Gebrauch zu machen.

Natürlich musste die Enttäuschung umso grösser sein, je höher die Erwartungen gespannt wurden, und das führt zu ungerechter Kritik. Und dennoch verdient eine Methode, durch welche die Möglichkeit geboten ist, unter gewissen Bedingungen Lageveränderungen des Uterus ohne Pessar und ohne Operation in wenigen Wochen definitiv zu beseitigen, ohne dass dabei die gewöhnliche Beschäftigung der Patienten wesentlich alterirt würde, die Aufmerksamkeit der Gynäcologen in hohem Masse.

Wir betonen ausdrücklich: „unter gewissen Bedingungen“ und denken uns dieselben in nachfolgender Weise:

a) Zur manuellen Behandlung eignen sich Fälle von Descensus — und Prolapsus uteri und Vorfall der Scheide, wenn keine Complicationen vorhanden sind, welche von vorne herein jede Aussicht auf Erfolg benehmen oder die Erzielung eines vielleicht möglichen günstigen Resultates in so weite Ferne rücken, dass eine andere Therapie vorzuziehen wäre, mit welcher ein positives Resultat in kurzer Zeit bestimmt erreicht werden kann.

Wir denken dabei an Prolapse, bei denen es sich um Atrophie der massgebenden Muskelgruppen in so hohem Grade handelt, dass von vorne herein angenommen werden kann, dass sich die manuelle Behandlung über viele Monate erstrecken müsste, ehe dieselbe vielleicht ein halbwegs befriedigendes Resultat ergeben könnte. Es ist gerade hier im Interesse der Methode sowohl, als auch in dem der Patientin gelegen, auf operativem Wege dem Uebel radical abzuhelfen; hier kann ja nicht eine Frage „quoad vitam“ auftauchen, obzwar gerade in der letzten Zeit von anderer Seite*), vielleicht im Uebereifer,

---

*) Dr. Fellner's Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Aerzte und Erwiderung auf diesen von Prof. C. Freiherr von Rokitansky (W. Kl. Wochenschrift vom 4./IV. 1889 und 11./IV.)

vielleicht auch wegen ungenauer Kenntniss der thatsächlichen Verhältnisse versucht wurde, die angebliche Gefährlichkeit der Radicaloperation zu Gunsten der manuellen Therapie ins Treffen zu bringen. Wer nur einigermassen in die operative Gynäcologie Einblick gewonnen hat, wird diesen Standpunkt nicht theilen können.

b) Körperlich sehr herabgekommene, decrepide und alte Individuen sind von der manuellen Behandlung auszuschliessen, es müsste denn sein, dass der Prolaps erst ganz kurze Zeit besteht.

c) Allzu dicke oder zu straffe Bauchdecken machen oft die Lüftung unmöglich, weil es nicht gelingt, den Uterus zu fassen und emporzuziehen. Ob in solchen Fällen der von Sielski angegebene Uteruselevator praktischen Werth besitzt, können wir nicht beurtheilen, da wir uns desselben nicht bedient haben. Der Elevator ist eine gewöhnliche Uterussonde, welche in einer bestimmten Entfernung von der Spitze (entsprechend der Länge der Gebärmutterhöhle) eine scheibenförmige Platte trägt. Diese Sonde wird in die Uterushöhle so weit vorgeschoben, dass die Vaginalportion auf die Scheibe zu liegen kommt, worauf der Uterus mit dem Instrument so hoch als es möglich ist aus dem Becken in die Bauchhöhle emporgehoben wird. Ganz ungefährlich scheint dieses Verfahren doch nicht zu sein und es ist immerhin etwas bedenklich, mit einem Instrumente — selbst wenn es scheinbar gedeckt ist — im Uterus zu hantiren, wenn man es von den Bauchdecken aus nicht controliren kann. Praktisch sehr verwendbar und unschädlich ist das von Prof. Pawlik angegebene trommelschlägelartige Instrument, welches in das hintere Scheidengewölbe gebracht wird und von hier aus den Uterus emporhebt und ihn gleichzeitig anteflectirt erhält

d) Ebenso ist von einer Fortsetzung der manuellen Behandlung Umgang zu nehmen, wenn trotz derselben der Prolaps sich immer wieder einstellt und genügt zur Entscheidung dafür, nach den von uns bisher gemachten Erfahrungen, eine Beob-

achtungsdauer von drei Wochen. In allen Fällen, bei denen innerhalb dieses Zeitraumes, weder während noch nach der Lüftung Contractionen und Verengerung der Scheide wahrgenommen wurden, blieb auch der Erfolg aus.

e) Absolut ungeeignet sind Vorfälle, welche mit einem Dammdefect combinirt sind, weil hier jeder Angriffspunkt für die Behandlung fehlt, und der durch die Lüftung gehobene und normal gestellte Uterus nach kurzer Zeit immer wieder durch die ihre Stütze entbehrende Scheide, abwärts gezerrt wird — trotz der vielerwähnten Kräftigung der Ligamente.

Solche Fälle gehören dem Operateur an, ebenso Prolapse, bei denen der Cervix in erheblicherem Masse hypertrophirt ist.

f) Dass Gravidität, Entzündungszustände der Beckenorgane, Exsudate, Fixation des Uterus und Tumoren eine directe Condraindication bedingen, ist selbstverständlich.

Schliesslich lassen wir noch einige kurze praktische Andeutungen über die Ausführung der manuellen Therapie folgen:

Für die Behandlung eignen sich am besten die späteren Vormittagsstunden, weil um diese Zeit der Darm gewöhnlich schon entleert ist und bis dahin noch nicht grössere Mengen Nahrung genossen wurden. — Die Dauer einer Sitzung beträgt ungefähr 10 Minuten; bei Häufung des Materiales empfiehlt es sich, die einleitenden und abschliessenden Proceduren — Kreuzbeinklopfung, Widerstandsbewegungen — von der Assistenz im selben oder in einem Nebenraume ausführen zu lassen; wir bedienen uns in der Privatpraxis zu diesem Zwecke weiblicher Assistenz, und zwar einer geschulten vernünftigen Geburtsfrau, welche die richtige Fixirung des von uns reponirten Uterus sehr wohl übernehmen kann und auf die Vorgänge während und nach der Lüftung, soweit sie die Aufmerksamkeit der Assistenz beanspruchen, zu achten im Stande ist.

Damit fällt gleichzeitig ein der Methode anhaftendes äusseres Hinderniss, die Schamhaftigkeit der Patientin weg. Es

ist uns kein Fall bekannt, in welchem sich die Patientin geweigert hätte, diese Art der Behandlung zu acceptiren, wohl aber viele, in denen das Beisein eines zweiten Arztes refusirt wurde.

Nicht unerwähnt wollen wir lassen, dass wir bei allen Fällen von Prolaps, welche wir manuell behandelten, die Patientin nicht im Bette hielten, wie dies von anderer Seite gethan wird, weil wir nach unserer Ansicht über die Entstehung des Vorfalles keinen stichhältigen Grund dafür besitzen. Die Misserfolge, welche von dieser Seite trotz der absoluten Bettruhe, zu verzeichnen waren, sprechen wohl eher für die Richtigkeit unserer Voraussetzungen als für die entgegengesetzte.

Ueber die von uns bei der Behandlung der übrigen Lageanomalien des Uterus erzielten Resultate werden wir an anderer Stelle berichten, weil das bisher zur Beobachtung gekommene Material nicht hinreichend ist, um ein endgiltiges Urtheil abzugeben.

Dagegen fügen wir hier unsere Erfahrungen über die

Massage bei entzündlichen Erkrankungen
der
weiblichen Geschlechtsorgane

an.

Hier leistet die Brandt'sche Methode Anerkennenswerthes in verhältnissmässig kurzer Zeit; wenn man bedenkt, wie manches die dem Gynäcologen zur Verfügung stehenden m e d i c a m e n t ö s e n Mittel zu wünschen übrig lassen, wie langwierig die übliche locale Therapie ist und wie wenig befriedigend manchmal die Resultate dabei ausfallen, so wird man gerne ein Heilverfahren acceptiren, welches der Patientin oft schon nach wenigen Tagen merkliche Erleichterung ihres Leidens und in wenigen Wochen definitive Heilung bringt. Die mechanische

Behandlung der Frauenkrankheiten ist daher geeignet, unseren Heilschatz wesentlich zu bereichern und dies umsomehr, als sie nicht der Gefahr ausgesetzt ist, von Laien unvernünftig ausgeübt und in Misscredit gebracht zu werden, wie dies bei der äusseren Massage zum Schaden der Patienten und der Methode der Fall ist. Sie ist davor schon durch die Localisation der betreffenden Erkrankungsformen geschützt und durch die unbedingt erforderliche präcise Diagnose, die eine genaue Kenntniss der anatomischen und pathologischen Verhältnisse voraussetzt, ohne welche, die Indication für oder gegen ihre Anwendung aufzustellen, unmöglich ist.

Diese Umstände aber gestatten nur das Eingreifen eines Arztes und in vielen Fällen vielleicht nur eines in der Gynäcologie versirten und im Untersuchen der weiblichen Geschlechtsorgane geübten.

Die diesbezüglich festzustellenden Punkte sind:

a) Wann darf man im Verlaufe einer entzündlichen Erkrankung im weiblichen Becken mit der Massage beginnen?

b) Wie soll die Massage ausgeführt werden?

c) Wie lange und wie oft soll massirt werden?

Die erste Frage ist dahin zu beantworten, dass man so lange von der Massage absieht, als der locale Entzündungsprocess mit Fiebererscheinungen, speciell mit abendlichen Temperatursteigerungen einhergeht. Wir beginnen mit der Massage erst dann, wenn mindestens zwei fieberfreie Wochen derselben vorausgegangen sind, da ja doch anzunehmen ist, dass dann keine Producte mehr vorhanden sind, welche in die Circulation gebracht, pyämische Erscheinungen hervorrufen könnten, und wir haben bis jetzt — seit zwei Jahren — nicht ein derartiges Ereigniss zu verzeichnen.

Auch im Verlaufe der Behandlung ist darauf sorgfältig zu achten und bei Temperatursteigerung von 38° oder darüber

sofort auszusetzen. Doch sei bemerkt, dass bei der Massage von Exsudaten hin und wieder ein leichtes Ansteigen der Temperatur beobachtet wird, ohne dass das Allgemeinbefinden dadurch irgendwie gestört würde.

Es scheint, dass dieselbe auf den gesteigerten Verbrennungsprocess zurückzuführen ist, welchen die in die Circulation und zur Ausscheidung gebrachten pathologischen Ablagerungsproducte erfordern.

Die Ausführung der Massage erfolgt in der Steinschnittlage, auf einem gynäcologischen Untersuchungsstuhle, oder, was vortheilhafter ist, auf einem kurzen, breiten Sofa, mit steiler Rückenlehne, wodurch die Füsse in gleiche Höhe mit dem Gesässe gebracht werden und ein passives Anspannen der Bauchdecken unmöglich ist. Je nach dem Bedürfniss, werden Zeige- und Mittelfinger der rechten oder linken Hand in die Vagina eingeführt, die freie Hand aussen an die Bauchwand gelegt. womöglich seitlich, um der Blase auszuweichen, welche, wie bei jeder gynäcologischen Manipulation, kurz vorher entleert werden soll.

Die in der Scheide liegenden Finger fixiren die zu massirende Partie und rücken sie eventuell der äusseren Bedeckung durch leichten Druck näher, jedoch nur so weit, dass dadurch der Patientin kein bedeutender Schmerz verursacht wird. Mit den gestreckt aneinanderliegenden Fingern der freien Hand werden kreisförmige Reibungen durch Verschiebung der Bauchdecken über die erkrankte Stelle ausgeführt, anfangs leicht und nur am Rande derselben; erst nach mehreren Massagesitzungen wird der Druck dabei verstärkt, jedoch nicht so bedeutend, dass die Patientin heftige Schmerzen empfindet.

Sind Exsudate vorhanden und fixirende Stränge, so müssen vorerst die Exsudate vollkommen geschwunden sein, und erst dann geht man an die Lösung der Fixationen. Dies muss sehr langsam und vorsichtig geschehen und bildet die Schmerzäusserung der Patientin auch dafür den richtigen Wegweiser.

Den retrouterinen Exsudaten und den dorthin dislocirten Ovarien ist leichter beizukommen, wenn der Zeigefinger der einen Hand, statt in die Scheide, in das Rectum eingeführt wird; hier wie dort, dient er nur zur Stütze und zum Gegendruck, und darf keinerlei Excursionen ausführen. Wir erwähnen dies ausdrücklich, um dem Irrthum vorzubeugen, als ob in der Scheide massirt würde, was für die Patientin häufig sehr schmerzhaft und sexuell nicht gleichgiltig sein kann.

Im Anfange wird täglich einmal, durch 5 Minuten, späterhin 10 Minuten lang massirt, und zwar nicht continuirlich mit derselben Intensität, sondern derart, dass man mit dem Drucke öfters nachlässt und ihn wieder steigert.

Je nach dem Umfange des Leidens dauert die Behandlung 14 Tage bis 3 Monate. Ein Vergleich von übereinstimmenden Fällen zeigte, dass bei gleichzeitigem Gebrauch von Moorbädern die nöthige Behandlungsdauer auffallend kürzer war, was mit der Resorptionskraft dieser Bäder erklärt werden muss, sowie mit allen anderen die Restitutio ad integrum fördernden Momenten, welche mit einer Badecur innig verbunden sind. Dies zeigt aber wieder, dass auch hier die mechanische Behandlung nicht als Concurrentin gegen die Balneotherapie auftreten kann, sondern dass in ihrem gemeinsamen und richtigen Zusammenwirken, die Bürgschaft für umso rascheren und gewisseren Erfolg liegt.

Die Ursachen, welche bei der Wirkung der Beckenmassage massgebend sind, unterscheiden sich in nichts von denjenigen der äusseren Massage: Anregung und Förderung der Circulatien und Resorption in den erkrankten Organen und in ihrer Umgebung und Wiederherstellung des durch den Entzündungsprocess und seine Folgen verloren gegangenen Tonus derselben, sind die Hauptfactoren, welche in Betracht kommen. Ob dabei die Gymnastik unerlässlich ist, wollen wir nicht erörtern, wir haben dieselbe unterlassen, weil keine Complicationen vorhanden

waren, welche uns hiezu aufforderten; wohl aber ist anzunehmen, dass sie in Fällen, in welchem neben dem localen Leiden auch Nebenerscheinungen, beispielsweise Obstipation, gestörte Gefässthätigkeit, Congestionszustände etc. vorhanden sind, gute Dienste leisten kann.

Ehe wir schliessen, wollen wir nicht unerwähnt lassen, dass auch bei der Massage der Beckenorgane die Grenzen für ihre Anwendung nicht so weitgesteckt werden dürfen, als dies aus den bisher ziemlich allgemein gehaltenen Mittheilungen angenommen werden kann.

Wir haben bereits vorher ausgeführt, dass wir, entgegen den Brandt'schen Angaben, so lange Fieber vorhanden ist, nicht massiren, weil die Gefahr einer septischen Peritonitis zu nahe liegt.

Wenn das Fieber einige Zeit geschwunden ist, so kann man annehmen, dass ein vorhandenes Exsudat sich organisirt hat, und eine bestandene Bauchfellreizung verschwunden ist.

Doch muss man auch dann vorher eine exacte Untersuchung vorausschicken, ehe man mit der Massage beginnt, und dabei sein Hauptaugenmerk darauf richten, ob vielleicht noch Herde von flüssigen Entzündungsproducten vorhanden sind.

Wir verweisen diesbezüglich auf die vorzügliche Arbeit von J. Veit (Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann, Nr. 274), in welcher der Verfasser in klarer Weise die Aetiologie der Perimetritis und die klinischen und anatomischen Behelfe auseinandersetzt, auf Grund deren die Diferential-Diagnose zwischen der traumatischen, septischen und gonorrhoischen Form von Entzündungen der weiblichen Beckenorgane, gestellt werden kann.

Hieraus geht hervor, dass nur in den Fällen, welche nach ihrer Entstehung nicht auf gonorrhoische Infection zurückzuführen sind, die Massage anzuwenden ist.

Gravidität und maligne Tumoren bilden selbstverständlich eine Gegenanzeige der Massage, ebenso Neoplasmen überhaupt.

Der von Seiffart beschriebene Fall, in welchem eine Ovarialcyste durch Massage verschwand, wird gewiss keinen Gynäcologen zur Nachahmung aufmuntern; die betreffende Mittheilung ist zwar sehr verlockend, aber die Gefahren, welche die Ruptur einer solchen Cyste mit sich bringt, sind zu imminent, als dass man von ihnen absehen könnte.

* * *

Nachfolgend verzeichnen wir einige der von uns mit Massage behandelten 24 Fälle. Die Beobachtungsdauer erstreckt sich bis auf zwei Jahre.

Rücksichtlich der Erkrankungsformen vertheilen sich dieselben in folgender Weise:

Anteflexio Uteri 3 Fälle,

davon 1 mit bedeutendem Fluor und Oophoritis sin. geheilt.

1 mit bedeutendem Fluor und rechtseitigem Exsudat, geheilt.

1 mit Atrophie der Knickungsstelle, gebessert.

Retroflexio Uteri mit Fixation 10 Fälle,

darunter 2 Fälle mit Oophoritis und Dislocation der Ovarien.

Subinvolutio Uteri 2 Fälle, geheilt.

Parametrane Exsudate 7 Fälle,

davon 6 geheilt, 1 Fall noch in Behandlung.

Oophoritis 2 Fälle, geheilt.

Fall I.

Marie R., 42 Jahre alt, kleine, schwächliche, anämische Person, hat vor 16 Jahren geboren, seit 10 Jahren leidet sie an Kreuzschmerzen, seit zwei Monaten auch an Schwindel, Appetitlosigkeit, Erbrechen.

Befund: Uterus ist retroflectirt, fixirt, unbeweglich, retrouterin befindet sich ein kinderfaustgrosses festes Exsudat, in welches das linke Ovarium zum Theile eingebettet ist; vom

Ovarium ziehen mehrere Stränge gegen die Synchondr. sacro iliaca, in beiden Parametrien sind alte, flache Exsudatreste fühlbar. Sämmtliche Theile sind bei Berührung äusserst empfindlich.

Patientin wurde durch neun Jahre local, angeblich ohne irgend welche Besserung wahrzunehmen, behandelt.

Diagnose: Parametretis obsoleta bilateralis, Retroflexio



Figur 2.

et fixatio uteri, Exsudatum retrouterinum, Oophoritis et Dislocatio Ovarii sinistr.

Am 17. Februar 1889 wurde mit der Massage begonnen und bis zum 19. Februar fortgesetzt, an welchem Tage die Menses eintraten.

Am 24. Februar stellt sich Patientin wieder vor und gibt an, dass sich seit 19. Februar weder Ueblichkeiten noch Er-

brechen gezeigt haben; bei der Untersuchung erscheint das linke Ovarium von seiner Verbindung mit dem Exsudate gelöst, etwas beweglich; die Massage wird bis zum 26. Februar täglich fortgesetzt.

Am 27. Februar giebt Patientin an, dass die Schmerzen bedeutend nachgelassen haben und der Appetit gesteigert sei.

Der Uterus lässt sich senkrecht aufrichten, wobei man die Spannung der retrouterinen fixirenden Stränge deutlich fühlt.

Am 28. und 29. Februar und 1. und 2. März Massage.

Am 3. März ist das retrouterine Exsudat vollständig geschwunden, ebenso die parametranen Schwarten, die dünnen fixirenden Stränge lassen sich sehr leicht zerreissen, worauf der Uterus in normale Anteflexionsstellung gebracht wird; nun spannt sich das geschrumpfte Parametrium zwischen Uterus und linkem Ovarium und die Stränge zwischen diesem und der Hüftkreuzbeinfuge; Patientin wird nachdem ihr ein Hodgesches Pessar eingelegt, entlassen und aufgefordert, in zwei Tagen wieder zu kommen.

Am 5. März liegt der Uterus wieder retroflectirt über dem Bügel des Pessars. Die Knickungsstelle erscheint sehr schlaff und atrophisch.

Derselbe Befund ist nun täglich bis zum 13. März zu verzeichnen.

Am 2. April stellt sich Patientin wieder vor und gibt an, dass sie bis dahin nicht gekommen sei, weil sie sich sehr wohl befunden habe; vor zwei Tagen haben sich wieder Kreuzschmerzen und Erbrechen eingestellt.

Bei der Untersuchung erscheint der Uterus wieder retroflectirt, das linke Ovarium liegt unter ihm.

Die nun täglich vorgenommenen Dehnungen der verkürzten Stränge haben noch kein positives Resultat ergeben und werden wir seinerzeit darüber berichten.

Fall II.

Susanna K., 23 Jahre alt, kleine schwächliche Person, hat vor drei Monaten geboren und erkrankte im Wochenbette an einer „Bauchfellentzündung". Beschwerden sind: bedeutende Kreuzschmerzen, besonders während der Nacht. Gefühl von Drängen nach Unten im Unterleibe, Appetitlosigkeit: die letzten Menses waren sehr profus, dauerten neun Tage. Obstipation.



Figur 3.

Befund: Uterus ist mässig vergrössert, schmerzhaft retroflectirt, fixirt. Retrouterin ein orangengrosses teigig weiches Exsudat. Parametrien frei.

Diagnose: Exsudatum retrouterinum, Retroflexio et fixatio Uteri, Metritis levis.

Am 26., 27. und 28. März Massage.

Am 29. März giebt Patientin an, dass die Schmerzen viel geringer seien. Das Exudat zeigt mehrere tiefgehende Furchen.

Am 30. und 31. März und 1. April Massage. Das Exsudat ist um die Hälfte kleiner geworden und in mehrere kleine Partien zerfallen.

Vom 2. bis 6. April verliefen die Menses normal.

Am 7. April giebt Patientin an, während der Massage keinen Schmerz zu fühlen, der Appetit ist sehr gut, Stuhl täglich ausgiebig, Schlaf gut.

Am 8. und 9. April Massage.

Am 10. April ist vom Exsudat nichts mehr zu fühlen, der Uteruskörper ist normal gross und lässt sich leicht nach vorne bringen.

Wir beabsichtigen die Massage noch einige Zeit fortzusetzen und hier, sowie in ähnlichen Fällen, wo der Uterus winkelsteif ist oder ausserordentlich schlaff, die Schulz'schen Celluloidpessare einzulegen.

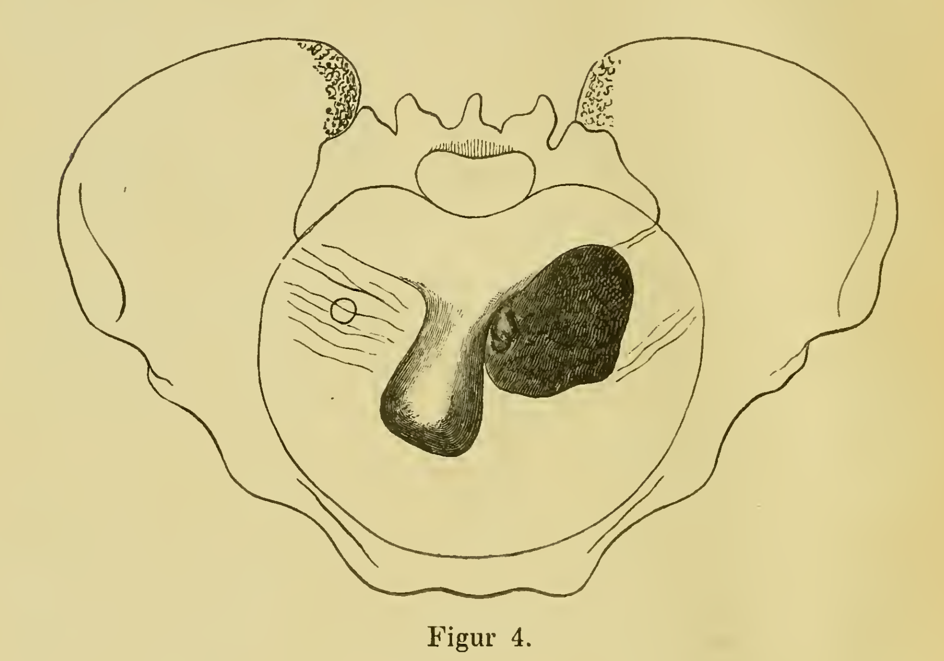
Fall III.

Frau Marie P., 32 Jahre alt; hat zweimal geboren vor $1^1/_2$ Jahren abortirt; erkrankte kurz darauf an einer linksseitigen „Bauchfellentzündung", lag zwei Monate zu Bett und konnte sich dann nur mühsam und unter grossen Schmerzen. welche gegen das Kreuzbein und den linken Oberschenkel ausstrahlten, fortbewegen. Locale Therapie und Bäder im Hause hatten fast keinen Effect und wurde die Patientin nach Franzensbad geschickt, mit dem

Befunde: Im linken Parametrium ein faustgrosses Exsudat, bedeutender Fluor. Der Uteruskörper ist nach rechts abgewichen, die Vaginalportion nach links fixirt.

Die Patientin musste in das Bad gefahren werden, weil sie bei jedem Schritte hochgradige Schmerzen fühlte.

Ueber ihren Wunsch und im Einverständnisse mit dem Hausarzte wurde das Exsudat täglich massirt und konnte sie nach 10 Massagen zu Fuss, ohne Stütze ausgehen, die Schmerzen waren fast ganz geschwunden, der Fluor wässerig und spärlich; nach weiteren 15 Massagen war das Exsudat vollkommen resor-



Figur 4.

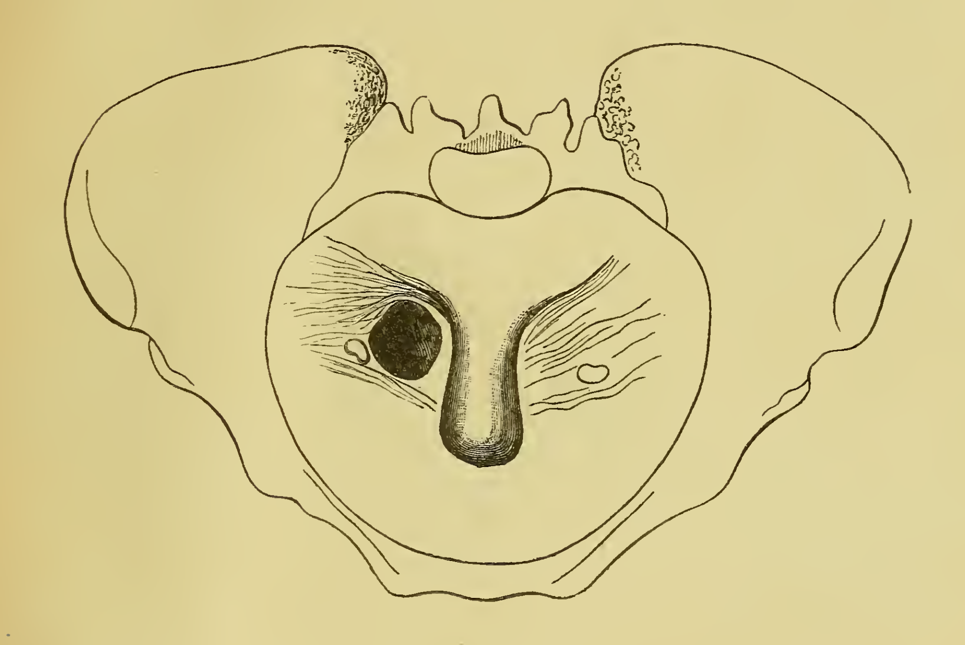
birt, vom Fluor nichts mehr zu bemerken. Das Befinden ist seither anhaltend ein vortreffliches.

Fall IV.

Justine B., 22 Jahre alt, anämisch, überstand als Kind Scharlach, Masern, Varicellen und Lungenentzündung, klagt über Schmerzen beim Uriniren, beträchtlichen Ausfluss aus

der Scheide und Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; sie wurde seit fünf Monaten local mit den üblichen Mitteln, angeblich erfolglos behandelt.

Befund: Uterus spitzwinkelig anteflectirt, Vaginalportion derb anzufühlen, nach rechts gezogen, zeigt im Speculum kleine Erosionen, im rechten Parametrium ein wallnussgrosses Exsudat, welches bei Berührung sehr schmerzhaft ist.



Figur 5.

Diagnose: Anteflexio uteri, Exsudatum parametr. dextr. Fluor.

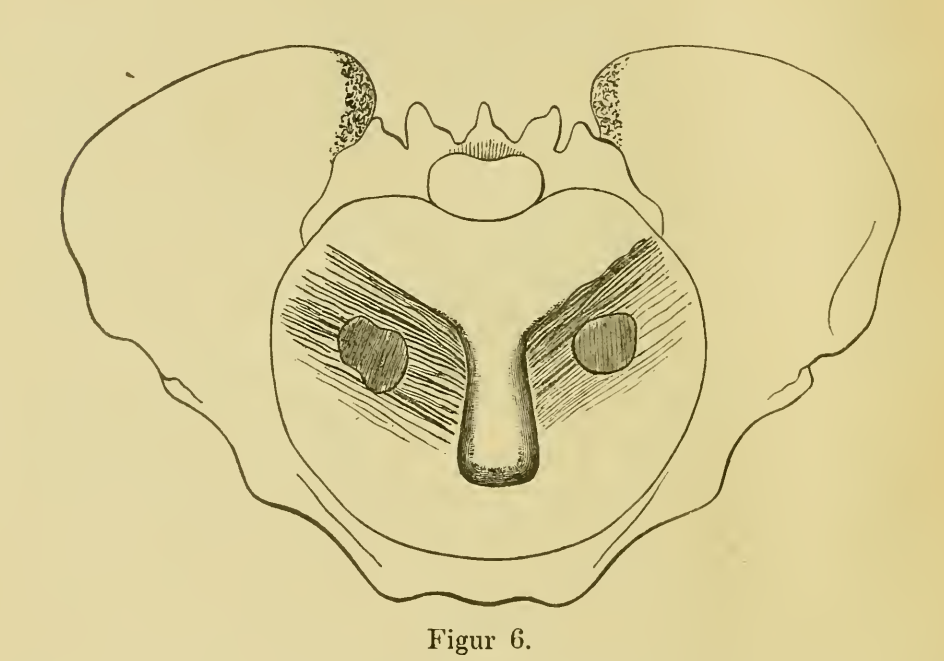
Patientin wurde durch acht Tage mit Massage behandelt, der Uterus bimanuell gestreckt. Während dieser Zeit merkte sie täglich Abnahme des Flusses, derselbe wurde dünnflüssig, heller und spärlicher, ebenso verminderten sich die Schmerzen

rechts und der Harndrang. Das Exsudat verkleinert sich sehr rasch.

Nach weiteren zehn Massagen ist das Exsudat verschwunden, ebenso der Fluss und die übrigen Beschwerden. Der Uterus liegt annähernd normal anteflectirt.

Fall V.

Frau v. B., 28 Jahre alt, kinderlos, leidet seit acht Jahren an einer immer wieder recidivirenden Oophoritis, welche



Figur 6.

nach einer heftigen Erkältung während der Menses entstanden war. Die Patientin ist sehr blass und abgemagert, klagt über Ohnmachtsfanfälle, Gefühl von Kälte und Zuckungen in den Beinen, Erbrechen, insbesondere zur Zeit der Menses, krampfartige Schmerzen im Unterleibe und reichlichen Ausfluss aus der Scheide.

Befund: Vaginalportion in ihrer Beweglichkeit beeinträchtigt, äusserer Muttermund grübchenförmig, Uterus normal anteflectirt, normal gross; Parametrien beiderseits empfindlich, verdickt, beide Ovarien etwa um das Dreifache über die Norm vergrössert, sehr schmerzhaft; Ausfluss aus dem Cervix dicklich, grüngelb verfärbt.

Diagnose: Oophoritis chronica bilateralis, Parametritis, fluor.

Nach den ersten acht Massagen traten die Menses ein, ohne die sonst sie begleitenden Symptome, mit Ausnahme von Schlaflosigkeit und leichter nervöser Unruhe, welche aber durch Aufnahme der Massage während der Menses wieder sistirten.

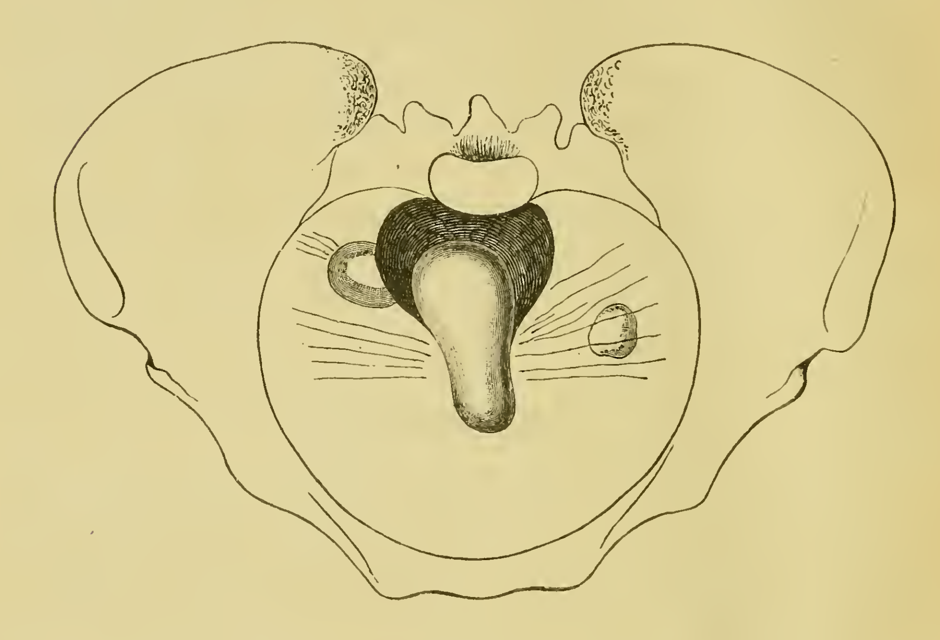
Nach Ablauf von sechs Wochen waren die Ovarien zur normalen Grösse zurückgekehrt, der Fluor vollständig geschwunden und das Aussehen und Befinden der Patientin ein ausgezeichnetes und fühlt sie sich seither — nach Verlauf eines Jahres — vollkommen wohl.

Fall VI.

Elise R., 25 Jahre alt, hatte als Kind Scharlach. Die Menses traten im 14. Lebensjahre ein, waren regelmässig, qualitativ und quantitativ normal, verbunden mit geringen Schmerzen im Unterleibe. Sie heiratete im 20. Jahre und hat ein Jahr später geboren. Im Puerperium erkrankte sie an einer „Bauchfellentzündung.“ Nach dieser stellten sich die Menses unregelmässig ein, alle 14 Tage bis drei Wochen, waren profus und dauerten acht bis zehn Tage. Ausserdem bestehen Kreuzschmerzen, stechende Schmerzen rechts im Unterleibe, hartnäckige Obstipation, Meteorismus, Appetitlosigkeit und Fluss; während der Nacht sind die Schmerzen so bedeutend, dass sie die Nachtruhe stören und dass die Lage sehr oft gewechselt werden muss.

Befund: Die Patientin ist sehr anämisch, die sichtbaren Schleimhäute blass, die Muskulatur schlaff, der Unterleib auf-

getrieben; gegen Druck, besonders nach rechts empfindlich. Der Scheideneingang weit, excoriirt, Scheide weit und schlaff, Vaginalportion etwas unter der Spinallinie stehend; Orificium externum beiderseits lacerirt, der Uteruskörper liegt nach rückwärts abgebogen in der Kreuzbeinexcavation vollständig unbeweglich, fixirt an einem ungefähr orangengrossen Exsudate, in welches das linke vergrösserte Ovarium zur Hälfte eingebettet ist.



Figur 7.

Das rechte Ovarium ist nach rückwärts und unten gegen die Sychondrosis sacro iliaca gelagert, vergrössert, und ebenso wie das linke Ovarium, das Corpus Uteri und die ganze Partie um das Exsudat herum bei Berührung sehr empfindlich.

Diagnose: Exsudatum retrouterinum. Retroflexio et Fixatio uteri, Oophoritis bilateralis cum dislocatione et fixatione Ovarii dextr.

Der Patientin wurde vorläufig Bettruhe, kühle Scheidenirrigationen und erregende Umschläge auf den Unterleib verordnet und nach zehn Tagen, nachdem die Empfindlichkeit des Peritonäums sich bedeutend vermindert hatte, mit der Massage begonnen.

Die Patientin gibt an, dass sie zu Beginn der Massage geringe Schmerzen fühle, welche aber während derselben stetig nachlassen und am Ende verschwunden sind.

Nach acht Tagen ist das Abdomen viel weicher geworden, Stuhl erfolgt spontan. In den letzten zwei Nächten war der Schlaf ein andauernder, nicht durch Schmerzen unterbrochener. Der Ausfluss aus der Scheide ist spärlich, hell und dünnflüssig.

Das linke Ovarium ist kleiner und beweglich geworden, jedoch noch immer sehr empfindlich.

Nach weiteren 12 Massagen sind die Excoriationen am Scheideneingange überhäutet, der Fluss sistirt, die Ovarien normal gross und ihre Empfindlichkeit geschwunden. Das Exsudat ist um die Hälfte kleiner und weicher geworden. Der Uterus lässt sich ein wenig emporheben.

Zehn Tage darauf ist das Exsudat geschwunden, der Uterus lässt sich leicht nach vorne bringen und wird durch Wattetampons, welche in das hintere Scheidengewölbe eingelegt werden, gestützt.

Die Massage wurde noch durch zwei Wochen an jedem zweiten Tage fortgesetzt und sodann über Wunsch der Patientin, welche sich vollkommen gesund fühlte, geschlossen. Bei ihrer Entlassung bekam sie ein Hodge-Pessar, welches sehr gut vertragen wurde. Dasselbe wurde einige Wochen darauf definitiv entfernt, weil der Uterus auch ohne dasselbe normal gelagert war.

* *
*

Die hier citirten sechs Fälle bilden für sich nicht das Material, um mit Rücksicht auf die Resultate, die bekannte

allgemeine und locale Therapie ganz oder grösstentheils fallen zu lassen und eine neue universelle an ihre Stelle zu setzen. Auch ist die manuelle Lösung von Fixationen im Bereiche der inneren weiblichen Sexualorgane oder die Reposition des anomal gelagerten Uterus und seiner Adnexa nicht etwa neu oder den Gynaecologen bisher unbekannt gewesen; sehr häufig kann man ferner beobachten, dass Entzündungen und deren Producte im Becken in wenigen Monaten ohne actives Eingreifen bei absoluter Ruhe und eventuell symtomatischer Behandlung spontan sich rückbilden; allein wir glauben, dass die angeführten Fälle dazu aufmuntern, bei chronisch verlaufenden Entzündungsprocessen, welche der üblichen Therapie lange Zeit vollständig oder grösstentheils Widerstand leisten. die manuelle Behandlung — Massage — zu versuchen und gleichzeitig ihren Werth einer eingehenden Prüfung zu unterziehen.









